

INTRODUCCIÓN:

El Eritema Anular Eosinofílico es una enfermedad infrecuente, benigna pero recurrente, que se incluye dentro de las dermatosis con lesiones anulares o figuradas. Se han descrito aproximadamente 50 casos, con edades entre 15-85 años, sin predilección por sexo o raza. Todavía se mantiene la controversia de si se trata de una entidad propia o se encuentra dentro del espectro de la celulitis eosinofílica o Síndrome de Wells.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una mujer sana, de 51 años, que desde 2013 hasta la actualidad, ha presentado de forma recurrente anualmente, placas eritematosas anulares, centrífugas, con centro más claro en EEII y EESS o también en tronco. La paciente no refería ningún factor desencadenante. La sospecha clínica fue de Eritema Anular Centrífugo. Al inicio de las lesiones en 2013, se realizó una primera biopsia del muslo que se diagnosticó de Erupción Alérgica Urticariforme. Se hizo tratamiento sintomático con Antihistamínicos y Corticoides tópicos. En el último episodio, en 2016, la paciente refiere, coincidiendo con las lesiones cutáneas, sequedad ocular y oral, astenia y molestias articulares. Ante la sospecha de un cuadro autoinmune, se realiza una segunda biopsia del glúteo izquierdo, que se diagnostica de Eritema Anular Eosinofílico. Revisada la primera biopsia, se observa que en ambas, la histología es similar. Se aprecian densos infiltrados inflamatorios perivascular e intersticiales en dermis superficial y profunda, constituidos por linfocitos y abundantes eosinófilos. La epidermis está respetada. No se identificaron figuras en "llama". Debido a la sintomatología acompañante, se pautaron Corticoides orales, produciéndose una remisión de las lesiones. Las pruebas complementarias (hemograma, coagulación, velocidad de sedimentación, bioquímica, parásitos en heces, Rx de tórax y Mantoux) fueron normales.



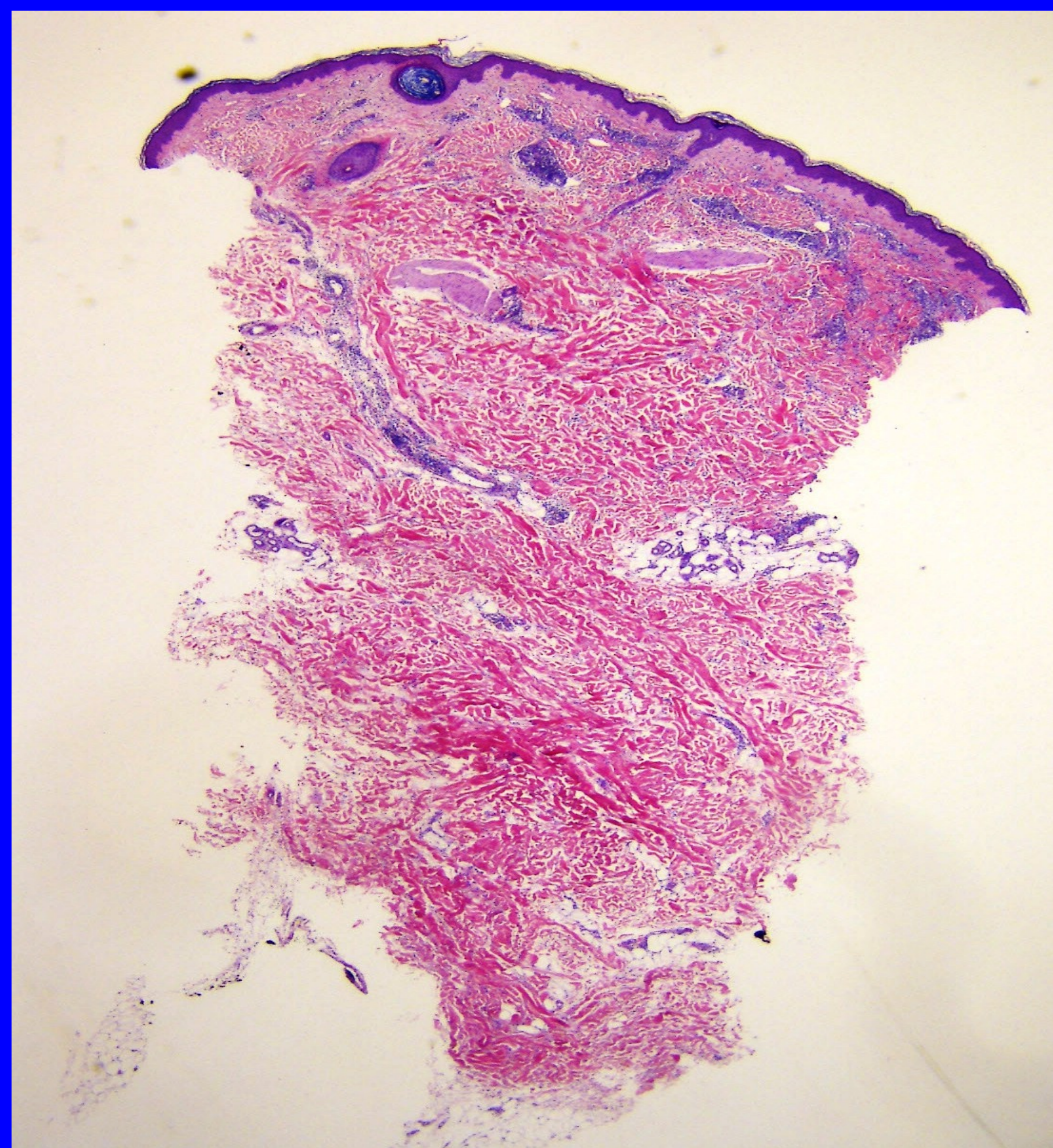
La paciente presentaba placas anulares, eritematosas, en extremidades inferiores



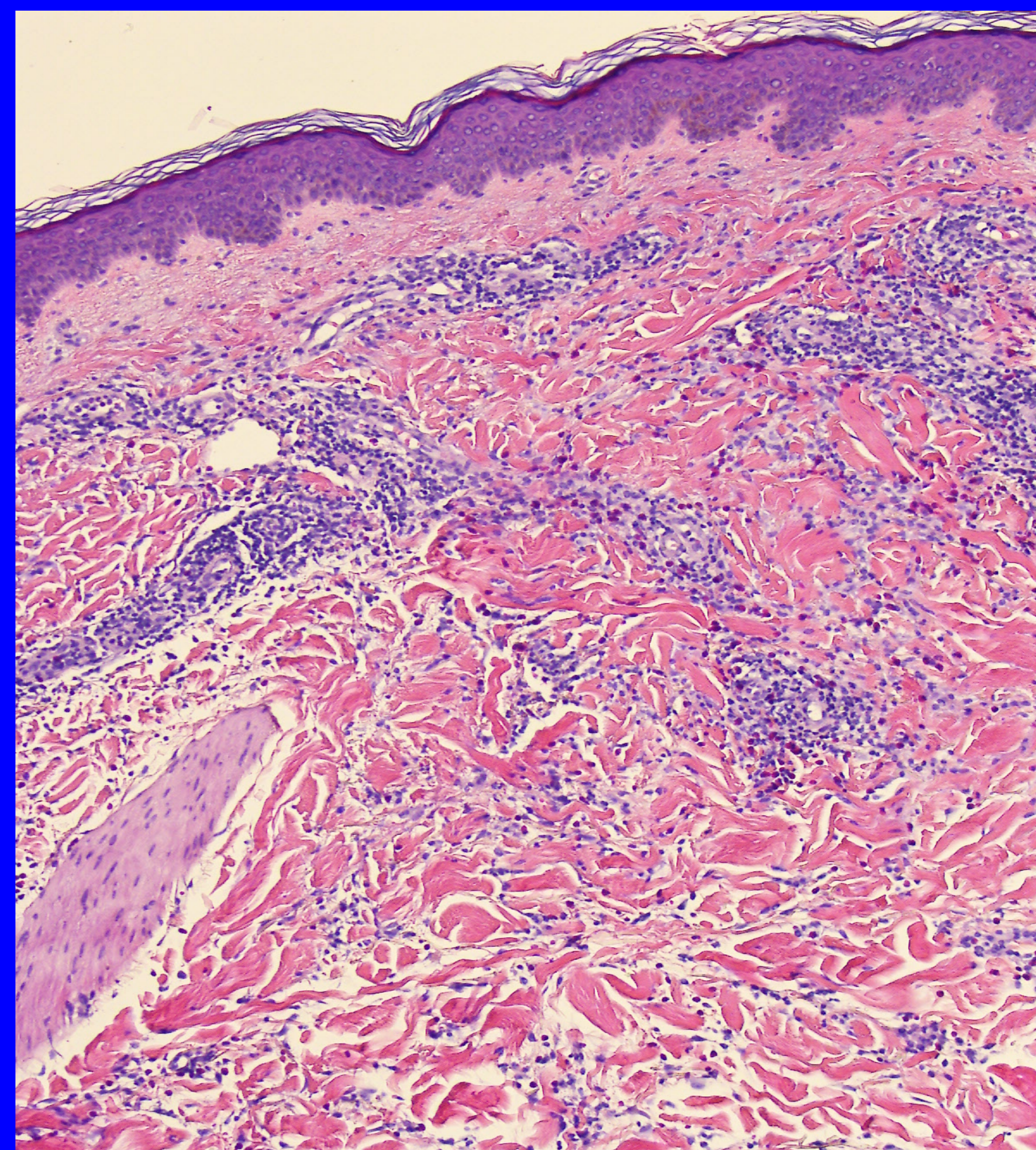
En extremidades superiores



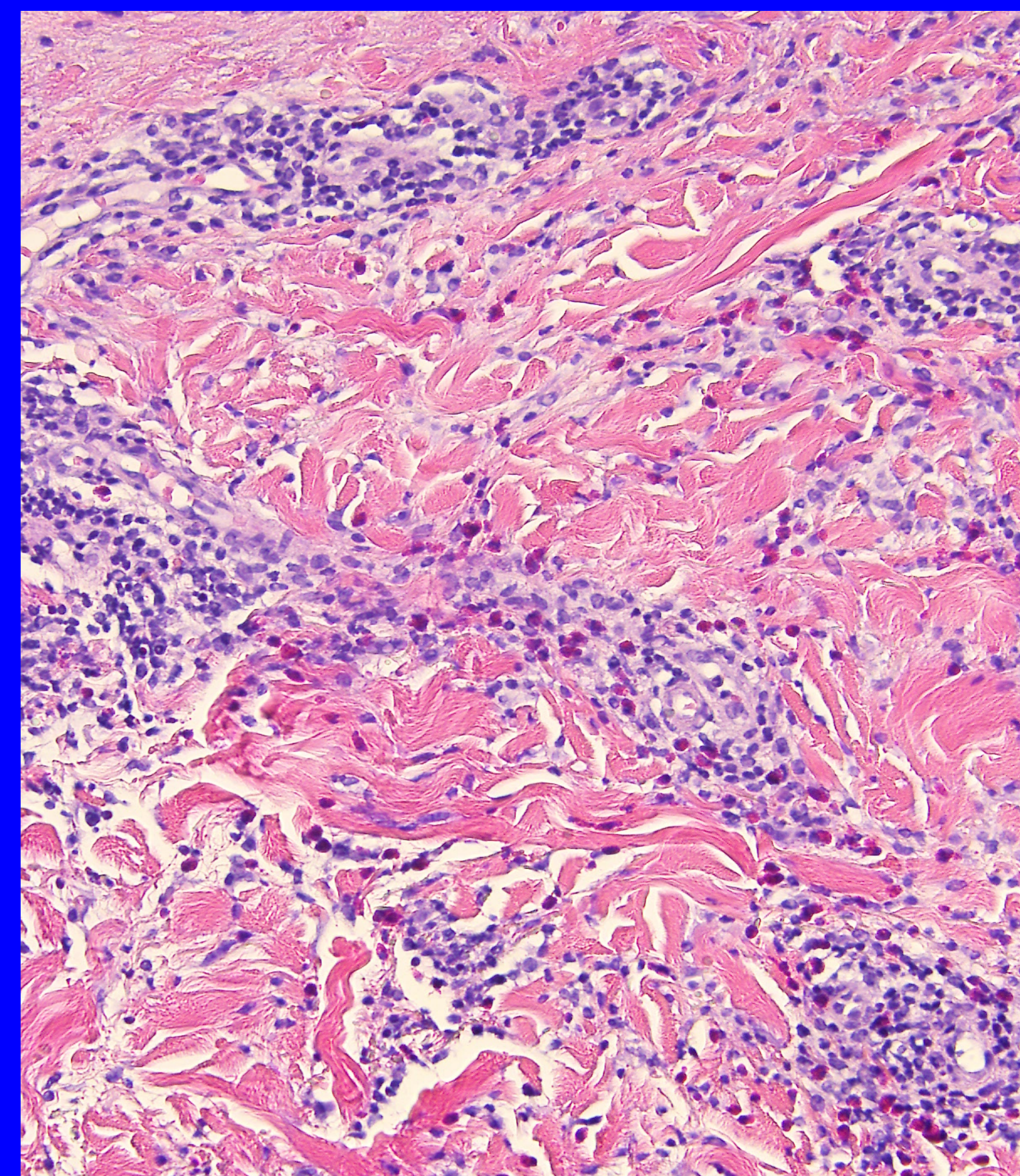
Las placas eran eritematosas, anulares, centrífugas, con centro más claro.



Punch de piel con densos infiltrados inflamatorios en dermis superficial y profunda (HE 2X)



Los infiltrados inflamatorios tienen una disposición perivascular e intersticial. La epidermis está respetada (HE 10X)



Los infiltrados inflamatorios están constituidos por linfocitos y abundantes eosinófilos (HE 20x)

DISCUSIÓN:

- El Eritema Anular Eosinofílico se manifiesta como placas anulares, eritematosas, recurrentes, principalmente en extremidades y tronco. El tiempo de evolución varía desde algunas semanas hasta años. Las lesiones se resuelven sin alteración residual.
- No suele asociarse a manifestaciones sistémicas, como ocurre en el último episodio de nuestra paciente, aunque a veces se asocia a fiebre o malestar general. La asociación con eosinofilia periférica leve o moderada no es un hallazgo constante.
- La histología es similar a la observada en las dos biopsias que se le realizaron a nuestra paciente: se aprecian infiltrados inflamatorios perivascular e intersticiales en dermis superficial y profunda, constituidos por linfocitos y abundantes eosinófilos.
- Es un trastorno benigno, aunque casos aislados se asocian a enfermedades sistémicas como tiroiditis autoinmune, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y un caso se ha asociado a un carcinoma renal de células claras y otro a un adenocarcinoma de próstata metastásico.
- El diagnóstico diferencial se debe realizar con otros trastornos que se manifiestan con eritemas figurados como Urticaria, Eritema Anular Centrífugo, Granuloma Anular diseminado, Lupus Eritematoso cutáneo subagudo, Eritema Migratorio Crónico y Urticaria vasculitis, entre otros.
- Aún es controvertido si el Eritema anular eosinofílico es una entidad per se o un subtipo de Síndrome de Wells.
- La etiología permanece desconocida, aunque se ha planteado una reacción de hipersensibilidad a un Ag desconocido.
- El tratamiento no está bien definido y ninguno se ha mostrado totalmente eficaz. Se han usado en monoterapia o en combinación: corticoides sistémicos, antipalúdicos e indometacina, con buena respuesta en algunos casos y recientemente se ha descrito un caso con respuesta a la sulfona y otro con remisión total tras UV-B.

REFERENCIAS:

- 1.- Thomas L, Fatah S, Nagarajan S, Natarajan S. Eosinophilic annular erythema: successful response to ultraviolet B therapy. Clin Exp Dermatol. 2015 Dec;40(8):883-6.
- 2.- Miguel Ángel Flores-Terry, Mónica García-Arpa, Manuela López-Nieto, Cristina Murillo-Lázaro. Eosinophilic annular erythema. Piel (Barc). 2016;31(4):294-303.
3. Manriquez J, Berroeta D, Andino R, Vera-Kellet C. Eosinophilic annular erythema: Complete clinical response with dapsone. Int J Dermatol. 2015;54:96-8.
4. Rongioletti F, Fausti V, Kempf W, Rebora A, Parodi A. Eosinophilic annular erythema: An expression of the clinical and pathological polymorphism of Wells syndrome. J Am Acad Dermatol. 2011;65:135-7.
5. Ríos J, Ferrándiz L, Moreno D. Aproximación al diagnóstico dermatopatológico de las lesiones figuradas. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:316-24.